



## Harford Community Action Agency, Inc.

1321-B Woodbridge Station Way, Edgewood, MD 21040

Teléfono: 410-612-9909 • Fax: 443-372-5695

1010 Gateway Road, Edgewood, MD 21040

Teléfono: 443-456-3629 • Fax: 443-456-3631

[www.harfordcaa.org](http://www.harfordcaa.org)

### Aplicación de Programas Universal

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Otro número de teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Marque uno que aplique:      Arrendatario      Propietario      Sin hogar      Otro \_\_\_\_\_

Marque uno que aplique:      Apartamento      Casa adosada      Casa de una sola familia      Casa móvil      Refugio (albergue)

¿Recibe un alquiler reducido a través de la ayuda de HUD o Vivienda Subsidiada (Sección 8)?      SI      NO

¿La calefacción está incluida en el alquiler?      SI      NO

¿Recibe Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)?      SI      NO Si respondió que sí, cuanto recibe \$\_\_\_\_\_ al mes

¿Está usted o algún miembro de su familia desempleado?      SI      NO     ¿QUIEN? \_\_\_\_\_

Usted o alguien de su hogar necesita alguna de las siguientes ayudas:

Asistencia eléctrica y de calefacción      Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)      Realojamiento rápido      Colocación de refugio

Clases de alimentación / educación

NUMERO TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR: \_\_\_\_\_

**En los espacios a continuación, rellene TODOS los miembros del hogar. Empezando por usted primero.**

Utilice las siguientes opciones para "RAZA":

- 1. indio americano / nativo de Alaska
- 2. asiático
- 3. negro / afroamericano
- 4. multirraza
- 5. Nativo de Hawái o de las islas del Pacifico
- 6. Otro
- 7. blanco

Nombre y apellido	Número Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Relación con Solicitante	Sexo M / F	Raza Código	Hispano/Latino Sí o No	Estado Marital	Discapacitado Sí o No	Ciudadano Sí o No	Veterano o Sí o No	Más alto Nivel de educación	Tipo de seguro médico	Tipo de Ingreso

**Acuerdo con el cliente:**

Declaro que la información que he proporcionado a la Agencia de Acción Comunitaria de Harford (HCAA) es verdadera, correcta y completa. Entiendo que cuando se firma esta solicitud, se le da permiso a la HCAA para verificar todos los ingresos del hogar, cuentas bancarias, gastos de vivienda, seguros y otros beneficios.

Si actualmente recibo o he recibido beneficios de los programas administrados por el Departamento de Servicios Sociales del Condado de Harford (DSS), al firmar esta solicitud, doy permiso al DSS para compartir con la HCAA cualquier información en el archivo de mi caso del DSS necesaria para completar esta aplicación. Dicha información incluye, entre otros, miembros del hogar, ingresos, gastos, recursos, pagos de manutención infantil, etc.

Reconozco que la información de mi solicitud se almacenará digitalmente en la base de datos de la agencia: CAP60. Esta información se mantendrá con la máxima confidencialidad y solo el personal de la HCAA tendrá acceso a los archivos individuales dentro de la base de datos.

La ley de Maryland protege contra el fraude. El castigo puede ocurrir por no decir la verdad al solicitar asistencia de cualquier programa de la HCAA.

Harford Community Action Agency, Inc. prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual o estado civil o familiar.

**Proceso de quejas:**

Si el cliente desea presentar una queja, puede hacerlo por escrito al Director Ejecutivo indicando la situación y sus inquietudes. El Director Ejecutivo debe programar una cita con el cliente dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la carta de reclamo para discutir el reclamo y llegar a una solución..

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Trabajador de admisión

**DECLARACION DE INGRESOS DEL HOGAR**

**JEFE(A) DEL HOGAR (Aplicando) Nombre** \_\_\_\_\_

**# SEGURO SOCIAL** \_\_\_\_\_

**Marque (v) si no se aplica NINGUN INGRESO para su hogar a continuación:**

\_\_\_\_\_ Yo certifico que NO ha habido INGRESOS en los últimos 30 días.

**POR FAVOR REPORTE EL INGRESO BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y SEGURO)**

**Identifique todos los tipos de ingresos familiares por mes:**

<b>Cantidad por mes</b>	<b>Fuente de ingreso (Lista para todo el hogar)</b>
\$	Seguro Social
\$	SSI (Ingreso de seguridad suplementario)
\$	TCA (asistencia temporal en efectivo)
\$	TDAP (Programa de asistencia por discapacidad temporal)
\$	Empleo
\$	Desempleo
\$	Manutención de los hijos
\$	OTRO -
\$	OTRO -
\$	<b>INGRESO TOTAL DEL HOGAR PARA 30 DIAS</b>

- Juro (o afirmo) que toda la información en esta declaración es verdadera, correcta y completa según mi mejor capacidad, conocimiento y creencia.
- Do permiso a la Agencia de Acción Comunitaria de Harford County para verificar todos los ingresos del hogar y cualquier otro beneficio indicado con otras agencias gubernamentales y no gubernamentales para fines de verificación, así como para compartir información para completar esta solicitud de servicios. Maryland tiene una ley de fraude. El castigo puede ocurrir por no decir la verdad al solicitar asistencia.
- Entiendo que seré penalizado con mi multa y /o encarcelamiento por da declaraciones falsas.
- Mi firma a continuación hace que esta declaración sea vinculante.

**Firma del Jefe(a) de hogar** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_